Über die Ätiologie

der

Dupuytren'schen Contractur.

Inaugural-Dissertation

verfasst und der

Hohen medizinischen Fakultät

der

Kgl. bayer. Julius-Maximilians-Universität Würzburg

zur

Erlangung der Doktorwürde

vorgelegt von

Isidor Löwensberg

aus

Igstadt.

ACAD. LUDD. BAT. BIBL.

WÜRZBURG.

Buchdruckerei Franz Staudenraus, vorm. Fleischmann.

1906.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät
der Universität Würzburg.

Referent:

Herr Professor Dr. Rieger.

Seiner lieben Mutter

und dem

Andenken seines teuren Vaters

in Liebe und Dankbarkeit gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41507204_0152

Als Contracturen werden ihrer Entstehung und Ursache nach die verschiedenartigsten krankhaften Zustände am Bewegungsapparat des Menschen bezeichnet, bei welchen es unter primärer oder sekundärer Beteiligung von Muskeln, Sehnen oder Fascien zu einer pathologischen, mehr oder minder starken Fixirung von Gelenken kommt. Man hat die Contracturen nach klinischen, pathogenetischen und ätiologischen Gesichtspunkten in viele Unterabteilungen eingeteilt. Während bei einem Teil der Contracturen die Autoren über deren Entstehung durchaus einig sind, bestehen bei anderen grosse Meinungsverschiedenheiten, welche nicht etwa nur theoretisches, sondern auch (Unfallgesetzgebung!) gelegentlich praktisches Interesse und Wichtigkeit haben. Zu den letzteren Contracturen gehört auch die ihrer Ätiologie nach viel umstrittene sogenannte Dupuytren'sche Contractur. Während auf der einen Seite die Neigung besteht, in derselben ein rein peripheres, traumatisches Leiden zu erblicken, treten in neuerer Zeit Ansichten mehr hervor, welche die neurogene Entstehung der Dupuytren'schen Contractur betonen.

Bevor ich auf die eigentliche Frage nach der Ursache über die Entstehung dieser Dupuytren-schen Contractur näher eingehe, möchte ich einige Bemerkungen über die Anatomie der Palmaraponeurose und die Pathologie dieser Fingercontractur vorausschicken.

Nach Henle erfüllt die Palmarfascie in der Vola den dreieckigen Raum, der lateralwärts von Thenar und Hypothenar, peripher von dem Fettpolster der Hand begrenzt wird, und seine Spitze an der Ansatzstelle des M. palmaris longus hat. Sie besteht aus einer längs- und einer inneren quergestreiften Schicht. Die Fasern der letzteren verbinden am Grunde der Finger die vier in die Finger ausstrahlenden Bündel der Aponeurose miteinander. Diese Bündel teilen sich an der Basis des II. bis V. Fingers in je drei kleinere Zipfel, deren mittlerer an die Volarfläche der Haut tritt, deren seitliche die Sehnenscheiden umfassen und am Dorsum der I. und II. Phalanx ansetzen. Nach Henle, was von einigen Autoren bezweifelt wird, setzt sich die Fascie auch auf den Daumenballen bis zur Grundphalange ausstrahlend fort, sodass auch das, allerdings seltenere Vorkommen der Contractur am Daumen der Aponeurosentheorie entspricht. Das für die Erklärung der Hautveränderungen bei der Dupuytren'schen Contractur Wichigste ist aber, dass von der soeben beschriebenen Fascie überall kurze, bindegewebige Stränge in die Cutis treten. Durch diese Tatsache fällt auch der Zwiespalt in den Ansichten Goyrands, der die in die Cutis ausstrahlenden Fasern, also die normalen Insertionen der Fascie an die Cutis, als pathologische Gebilde an-

sah und durch deren Schrumpfung die Beugestellung als hervorgerufen betrachtete, und Dupuytrens, der als Sitz der Erkrankung die Palmaraponeurose angab und das Leiden als eine narbige Retraktion der Palmarfascie definirte, fort. Ebenso gehen von der Aponeurose in die Tiefe auf die Fascie der M. interossei Septa aus.

Die pathologisch-anatomischen Befunde haben gezeigt, dass die Contractur durch eine Verdickung der Aponeurose, welche durch Zellenwucherung hervorgerufen wird, mit nachfolgender Schrumpfung des hyperplasierten Gewebes bedingt ist.

Im folgenden soll der Frage näher getreten werden: Besitzt der als Dupuytren'sche Contractur beschriebene Zustand eine einheitliche Ätiologie und Pathogenese oder nicht? Und welche ätiologischen Momente kommen vorzugsweise in Frage?

Zur Beantwortung dieser Fragen seien auszugsweise zwei Krankengeschichten mitgeteilt, welche mir Herr Prof. Rieger gütigst zur Verfügung gestellt hat. Die erste der beiden Krankengeschichten stammt nicht aus der Würzburger psychiatrischen Klinik, während der zweite Fall in der Klinik beobachtet wurde und bereits veröffentlicht ist*), allerdings ohne dass in dieser Veröffentlichung das Bestehen der Dupuytren'schen Contractur besonders erörtert wurde.

*) Zahn: Über einen Fall von Polyneuritis, Münchener Mediz. Wochenschrift 1901. Nr. 11, Seite 423.

Ein 54 jähriger Arzt ist an progressiver Paralyse erkrankt. Die Pupillenreaktion und Patellar-Sehnenreflexe sind zwar noch normal, jedoch finden sich folgende Symptome: Er läuft in Häuser, wo er früher praktizierte, unaufgefordert und giebt Verordnungen, die nicht befolgt werden. Auch jetzt praktiziert er noch; ob die Ermahnungen an seine Angehörigen, ihn von der Praxis zurückzuhalten, wirkten, weiss ich nicht. Es fand sich bei ihm: Grosse Urteilsschwäche, Gedächtnismangel, auch für die Namen alltäglicher Gegenstände, Mangel an Gedächtnis gegenüber von Fremdwörtern (wie Arithmetik oder Infektion), geringe Merkfähigkeit, Silbenstolpern, schlechtes Vorlesen, Unfähigkeit im Kopfe zu rechnen, Euphorie, Grössenideen, Mangel an Krankheitseinsicht. Arme und Hände machen fortwährend unruhige Bewegungen, mit den Händen fährt er immerzu ins Gesicht und greift an die Nase oder rückt die Brille zurecht. Auch die Beine sind in Unruhe. Gehen und Stehen nicht behindert. An beiden Händen sind in gleicher Weise der fünfte, der vierte und der Mittelfinger in die Hohlhand eingeschlagen, indem sie im Grundgelenk und ersten Interphalangeal-Gelenk gebeugt stehen, so wie die Finger der linken Hand eines Violinspielers am Griffe der Violine. Am stärksten ist die Beugung am kleinen Finger, weniger am vierten, noch weniger am Mittelfinger. Die betreffenden Finger lassen sich aktiv und passiv wenig strecken; doch kann der Patient ohne grosse Mühe seine Tuchhandschuhe anziehen. In der Hohlhand sieht und fühlt man, entsprechend dem Verlaufe der Beugesehne des dritten und vierten Fingers, eine starke,

derbe, schwielige Verdickung, die allem Anscheine nach in der Palmaraponeurose ihren Sitz hat und sowohl mit der darüberliegenden Haut, wie mit den darunterliegenden Sehnen strangförmige Verwachsungen zeigt. Die betreffenden Sehnen springen unter der geschilderten Schwiele stark gespannt hervor. Die Sensibilität ist jedenfalls nicht erheblich gestört. — Der Kranke ist inzwischen an Paralyse gestorben.

Es hat hier also ein Paralytiker, welcher, trotz normaler spinaler Reflexe mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auch rückenmarkskrank war, an einer typischen, symmetrischen Dupuytren'schen Contractur gelitten. Da Angaben über die Dauer des Bestehens der Contractur fehlen, wäre es selbstverständlich verfrüht, ohne weiteres auf Grund dieses einen Falles aus der zeitlichen Coinzidenz auf einen ursächlichen Zusammenhang zwischen Hirn-Rückenmarkserkrankung und Contractur zu schliessen. Immerhin ist aber schon das zeitliche Zusammentreffen beider bemerkenswert. Nach den Mitteilungen von Neutra, Schlesinger und Oppenheim kann es keinem Zweifel unterliegen, dass die Dupuytren'sche Contractur oft als Folge von Rückenmarkskrankheiten vorkommen kann. Und diesen Beobachtungen gegenüber gewinnt im vorliegenden Falle die Annahme einer kausalen Beziehung zwischen Rückenmarkskrankheit und Dupuytren'scher Contractur eine Stütze, wenn allerdings der exakte Beweis dafür auch nicht erbracht werden kann.

In dem zweiten hier zu erwähnenden Fall von Dupuytren'scher Contractur, nämlich bei der

von Zahn*) beschriebenen Polyneuritiskranken**), tritt die Möglichkeit eines ursächlichen Zusammenhangs zwischen Nervenerkrankung und Contractur ungleich deutlicher hervor. Es heisst in diesem Aufsatz von der abnormen linken Hand der Kranken: „Die Kraft der linken Hand ist geringer, als die der rechten. Die Finger stehen, ausser dem Daumen in Beugestellung, besonders der kleine, weniger der vierte und noch weniger der dritte und zweite (Lähmung der von N. ulnaris versorgten Musculi interossei und der beiden ulnaren Lumbricales). In der Hohlhand: Dupuytren'sche Contractur mässigen Grades. Eine Atrophie ist an den Handmuskeln nicht auffällig.“ (Siehe Photographie!)

Über die Dupuytren'sche Contractur findet sich in dieser Abhandlung weiter keine Erörterung. Dass hier die Frau die Contractur erst bekommen hat mit den zahlreichen übrigen Symptomen ihrer Polyneuritis, steht aber unzweifelhaft fest. Auf Grund dieser Beobachtung wird man erwarten dürfen, dass pathologische Vorgänge im Ulnaris eine Dupuytren'sche Contractur hervorzurufen imstande sind.

Das Rückenmark dieser Kranken ist, wie schon Zahn hervorhebt, ohne nachweisbare, in Betracht kommende Veränderung. Speziell ist von Syringo-

*) Münchener Medizinische Wochenschrift 1901 Nr. 11.

**) Es ist dies, nebenbei bemerkt, der einzige Fall von Polyneuritis, der in den letzten Jahren in die Würzburger Psychiatrische Klinik gekommen ist. Und zwar ist er mit grösster Bestimmtheit nicht durch Alkoholvergiftung bewirkt worden. Vielmehr ist die Ätiologie dieser Polyneuritis dunkel.

myelie oder tabischer (bezw. kombinirter oder reiner Seitenstrang-) Erkrankung nichts wahrzunehmen.

Die zahlreichen ätiologischen Momente, die man für die Entstehung der Dupuytren'schen Contractur verantwortlich gemacht, lassen sich am besten einteilen in lokal- (periphere, traumatische), neurogene, (Neuritis, Nervenläsion, Spinalleiden) und entfernter wirkende mehr allgemeine Ursachen, zu denen dann auch die sogenannten Constitutionskrankheiten zu rechnen wären.

Dupuytren (Leçons orales, übersetzt von Flies IV. B. S. 324) selbst gab als Ursache der nach ihm benannten Krankheit rein mechanische Wirkungen an. Er schrieb das Leiden einer Reizung durch harte Arbeit zu. Nach ihm findet sich die Krankheit vornehmlich bei solchen Individuen, die gezwungen sind, „einen Stützpunkt in ihrer Hohlhand zu suchen." Als Beispiel führt er einen Kutscher an, der unaufhörlich die Peitsche schwang, einen Kaufmann, der seine Fingercontractur dem Drucke des Alpenstocks bei einer Bergtour zuschreibt. Auch Goyrand vertrat diesen Standpunkt. Von neuern Forschern vertreten unter anderem auch Czerny diese Drucktheorie, der in seinem in der ärztlichen Sachverständigen Zeitung 1901 S. 322 veröffentlichtem Gutachten über den Fall, wo ein 58jähriger Schlosser seine beiderseitigen Dupuytren'schen Contracturen auf Unfälle zurückführt, seinen Standpunkt über die Ursache der Palmarfasciencontractur darlegt. Er führt dort aus, dass das Leiden mit Vorliebe solche Leute befalle, deren Hohlhand durch berufliche Tätigkeit häufigen Insulten ausgesetzt sei, so z. B. Arbeiter, die jahrelang gestielte Werkzeuge (Hammerstiel etc.) in

der Hand haben, Klavierspieler, bei denen durch das häufige Spreizen der Hand und Finger Zerrungen und Einrisse in der Aponeurose entständen, die weiterhin zu lokalisirten Entzündungen und Verdickungen führten, — was allerdings alles noch unbewiesen ist. Ledderhose glaubt, dass diese Einrisse sich dann mit Narbengewebe knotenförmig ausfüllen, daher sich auch häufig in der Palmarfascie Knoten fühlen lassen.

Demgegenüber möchte ich auf die auffallende Tatsache hinweisen, dass die Dupuytren'sche Contractur gerade so oft bei den gebildeten Ständen, wo doch dies ursächliche Moment sicher wegfällt, vorkommt. Nach Janssen ist es unzulässig, das Leiden hauptsächlich der handarbeitenden Klasse zuzuschreiben, da dasselbe auch andere befällt: unter den Kranken gab es Lehrer, Ärzte, Regirungsbeamte etc. Auch in meinem zuerst beschriebenen Falle handelt es sich um einen Arzt. Wäre beispielsweise das Spielen von Saiteninstrumenten die Ursache unserer Erkrankung, wie wäre dann die Erscheinung zu erklären, dass die meisten Musiker von Profession, die ihre Finger doch ständig der Gefahr aussetzen, keine Fingercontractur davontragen? Man sieht ohne weiteres, dass die Erklärung Ledderhose's allein als ätiologisches Moment nicht ausreicht, man müsste doch zum mindesten noch für diese Fälle, wo das Leiden auf mechanischen Druck oder auf Zerrungen zurückgeführt wird, eine individuelle Disposition zur Dupuytren'schen Contractur annehmen. Als weitere Gründe gegen diese Drucktheorie lassen sich geltend machen, dass beispielsweise Arbeiter, die jahrelang gestielte Werkzeuge in der Hand haben, häufig nur an der linken Hand oder doch zuerst an der

linken Hand erkranken, obwohl sie Rechtshänder sind. Oder aber, sind die Zerreissungen der Aponeurose so geringfügig, wie sie Ledderhose z. B. durch Traumen bedingt vorstellt, wie lassen sich dann nach ihrer Vernarbung derartig starke Contracturen erklären? Vor allem spricht die so häufig auftretende Symmetrie der Fingercontractur, wie sie sich auch bei meinem zuerst angeführten Falle fand, — Noble Smith fand unter 70 Fällen Dupuytren'scher Contractur 41 doppelseitig — ohne weiteres gegen die Annahme eines Traumas als alleiniger Ursache.

Czerny bemerkt in seinem Gutachten, bei dem oben angegebenen Falle richtig, man könnte dann einen Zusammenhang der Dupuytren'schen Contractur des Schlossers mit der stattgehabten Verletzung finden, wenn eine Läsion gewisser Nerven stattgehabt hätte, die nachträglich zu Ernährungsstörungen und Lähmungen im Handgebiete der Nerven geführt hätte. Und in der Tat sind solche Fälle in der jüngsten Litteratur beschrieben. Als Analagon zu dem Falle von Czerny möchte ich einen Fall von Schäffer erwähnen, der ungefähr denselben Zeitraum zwischen den beiderseitigen Verletzungen hat, und an dem auch diese Nervenverletzungen sicher nachgewiesen sind. Der Fall betrifft einen Landwirt mit beiderseitigem Bicepsriss, komplizirt mit Schulterluxation auf beiden Seiten. Wegen der nach dem Unfalle auftretenden Druckpunkte im Verlaufe des N. ulnaris, der charakteristischen Lokalisation der Schmerzen und des bestehenden Muskelschwundes musste eine Läsion des N. ulnaris angenommen werden. Drei bis vier Monate nach dem rechtsseitigen Unfalle entwickelte sich an der rechten

Hand eine Strangcontractur am 4. und 5. Finger. 21 Jahre nach diesem rechtsseitigen Unfalle erlitt der Landwirt dieselbe Verletzung links und auch hier bildete sich nach einigen Monaten eine typische Strangcontractur aus. Noch interessanter ist vielleicht dieser Fall Schäffers: „Ein 60jähriger Arbeiter hatte eine Contusion des rechten Handgelenks erlitten; im medico-mechanischen Institut von Dr. Hahn, Mainz, wohin der Mann zur Nachbehandlung von seiner Berufsgenossenschaft geschickt, wurde noch eine rechtsseitige Ulnarisneuritis konstatirt. In dem eingehenden Entlassungsgutachten ist von Palmarcontractur noch nichts erwähnt. Als Schäffer diesen Mann nach 7 Monaten zum erstenmal sah, fand er bereits neben den Erscheinungen degenerativer Ulnarisneuritis knotenförmige Verdickungen und strangartiges Vorspringen der digitalen Fortsätze nach Finger 3 und 4.“ Schäffer glaubt mit Recht, wenigstens für diese Fälle, eine neuropathische Genese annehmen zu dürfen.

Von allgemeinen Leiden wurde in erster Linie die Arthritis urica als ätiologisches Moment angegeben. Da einzelne Autoren die Gicht bei der grössten Mehrzahl ihrer Fälle als Nebenbefund antrafen, so lag der Gedanke sehr nahe, die Dupuytrensche Contractur als Begleiterscheinung der Arthritis urica aufzufassen. Vogt machte aufmerksam, dass Erkrankungen von Fascien oft mit Gicht einhergehen, und so sei auch die Fingercontractur eine „Form der chronischen Polypanarthritis.“ Nach Pitha ist die Hyperplasie der Palmaraponeurose das Resultat eines spezifischen, gichtischen Exsudationsprozesses, wobei sich das Exsudat zu einem fibrösen Gewebe organisiert, das sich ebenso wie das Nervengewebe

durch einen hohen Grad von Zähigkeit und progressiver Retraktion auszeichnet. Interessant ist eine Statistik von Keen, der bei 48 Dupuytren'schen Contracturen 42 mal Gicht diagnostizierte. Auch Lücke fand in der Mehrzahl der von ihm beobachteten Fälle Gicht. Nach ihm kann die Gicht auch ein praedisponirendes Moment für unsere Erkrankung abgeben. Als Beleg führt er einen Herrn an, der mit Gicht behaftet war, und der nach einer vierwöchentlichen Fusstour, bei der er einen Stock benutzte, was er sonst nie getan hatte, eine beginnende Contractur acquirirte. Rosch glaubt den Zusammenhang der Arthritis urica mit der Retraction der Aponeurose so erklären zu dürfen, dass gerade bei den minimalen Circulationsverhältnissen in dieser Fascie eine gichtische Ablagerung mit Leichtigkeit stattfinden kann, zumal ja solche Orte geringer Circulation für dergleichen Produkte empfänglich sind. Lockwood will sogar Krystalle von harnsauren Salzen in der Palmaraponeurose gefunden haben. Dagegen behauptet Noble Smith, dass bezüglich der Ätiologie die so beschuldigten Leiden, wie Gicht und Rheumatismus, nur selten in Frage kommen, und stützt diese Ansicht auf die Tatsache, dass er bei seinem gewaltigen Material von Dupuytren'schen Contracturen trotz genauer Anamnese keine Anhaltspunkte für Gicht finden konnte. Ich glaube, dass man die Gicht nicht ganz ausschliessen darf, dass vielleicht, wie Rosch bemerkt, die so häufig bei den Stoffwechselerkrankungen vorkommenden Circulationsstörungen als ätiologisches Moment anzusehen sind.

Als Agens der Stoffwechselerkrankungen wurde auch oft Diabetes mellitus angegeben. Doch

dürfte es von Interesse sein, die Ansichten der neueren Forscher über dieses Gebiet darzulegen. Obwohl Marechal 2 Fälle von Diabetes fand, so handelt es sich seiner Meinung nach doch um eine Trophoneurose, und er sucht den Grund in einer Läsion der nervösen Centren. Teschemacher fand über das Vorkommen der Dupuytren'schen Contractur bei Diabetes mellitus bei 33 von 213 Diabetikern das genannte Leiden in verschieden hohem Grade ausgeprägt. Er glaubt ebenfalls, dass eine trophoneurotische (nicht gichtische) Grundlage des Leidens gegeben sei.

Die Beziehungen zwischen den genannten Stoffwechselkrankheiten und der Dupuytren'schen Contractur können auch derartige sein, dass es auf dem Boden der Intoxikation des Körpers zu einer Ulnarisneuritis kommt,*) und diese dann die direkte Ursache für die Contractur abgibt. Dann wären diese Fälle Dupuytren'scher Contractur in eine Parallele zu setzen zu der Contractur bei unserer Polyneuritiskranken (Fall 2). Wie bei dieser Kranken eine unbekannte Schädlichkeit, so hat bei den sogenannten Constitutionskrankheiten die Selbstvergiftung des Körpers die Neuritis hervorgerufen, die dann ihrerseits die Ursache für die Dupuytren'sche Contractur abgab.

Nach König ist die Erkrankung häufig hereditär und befällt dann auch jüngere Individuen, wie König dies sicher konstatirt hat. Ebenso beschrieben Caspari, Vizioli und Kocher Fingercontracturen,

*) Über gichtische Neuritis vergl. u. a. Ebstein im Handbuch der praktischen Medizin von Ebstein — Schwalbe Bd. III, Abteilung 2, Seite 628. Schröder van der Kolk fand ferner eine Infiltration des Neurilerums peripherischer Nerven mit Natriumurat bei Gicht.

an deren Heredität nicht zu zweifeln ist. Bekannt ist der Fall Madelungs, wo in der nächsten Verwandtschaft des Patienten noch zwei derartige Erkrankungen vorlagen. Eine diesbezüglich interessante Beobachtung machte Sydney H. A. Stephenson bei einem 23 Jahre alten Manne. Bei diesem war der kleine Finger der rechten Hand im zweiten und dritten Phalangealgelenk stark gebeugt und die Affektion fand sich in gleicher Weise ebenfalls angeboren bei Grossvater mütterlicherseits und bei dem Bruder der Mutter. Auch mir ist ein hierhergehöriger Fall bekannt. Es handelt sich um eine linksseitige Fasciencontractur leichten Grades bei einem 23jährigen Kollegen, der mir die interessante Mitteilung machte, dass sich bei seinem Vater eine starke Contractur des 5. Fingers und eine schwächere des 4. Fingers zeige, und dass sich auch bei einem Onkel väterlicherseits die Fingercontractur ziemlich stark ausgeprägt am 4. und 5. Finger finde. Bei beiden sei die Dupytren'sche Contractur links stärker wie rechts. Auch ich glaube auf Grund dieser Tatsachen, dass die Heredität in manchen Fällen eine Rolle spielt.

Eulenberg war der erste, der auf einen Zusammenhang der Dupuytren'schen Contractur mit Störungen im nervösen Apparate aufmerksam machte. Mir ist es gerade beim Studium der Litteratur aufgefallen, dass alle jüngeren Veröffentlichungen auf diese Genese hinweisen. Auch deutete ich im vorhergehenden schon einmal auf diese Theorie hin, als ich die Fälle von Traumen anführte, wo sich Fingercontractur bei durch das Trauma bedingten Nervenerscheinungen zeigte. Diese Theorie findet in den anatomischen Verhältnissen der Hand eine Stütze.

Sonderbar ist, dass die Lokalisation der Erkrankung in den meisten Fällen genau der Ausbreitung des N. ulnaris, beziehungsweise seiner Anastanosen mit dem N. medianus entspricht. Der Ulnaris ist aber — und das ist für die Genese der Dupuytren'schen Contractur vielleicht besonders wesentlich — infolge seines Verlaufes am epicondylus ulnaris humeri besonders leicht Traumen ausgesetzt, welche, so geringfügig sie auch sein mögen, gegebenen Falls hinreichen können, einen krankhaften Prozess im Nerv, und damit unter anderem eine Dupuytrensche Contractur auszulösen. Inwieweit hierbei, vergl. z. B. die Fälle von Schäffer noch eine besondere unbekannte neuropathische Genese eine Rolle spielt, bleibe dahingestellt.

Hier sind die Angaben der neueren Autoren anzuschliessen, die als ursächliches Moment den Sitz der Erkrankung in das Centralnervensystem verlegen. Bieganski suchte als erster die Dupuytren'sche Contractur als die Folge des auch heute noch recht dunklen Begriffes einer trophischen Störung spinalen Ursprungs zu erklären. Er fand die Fingercontractur bei einer ausgesprochenen Syringomyelie, welche Diagnose auch durch die Sektion bestätigt wurde. Das ganze Leiden hatte sich auf luetischer Basis entwickelt. Jedenfalls gäbe diese Theorie für die in den weitaus meisten Fällen auftretende Symmetrie der Erkrankung eine Erklärung, während bei dauernd einseitiger Dupuytren'scher Contractur eine mehr periphere (neuritische u. dgl.) Ursache wahrscheinlicher ist. Allerdings lässt sich bis heute die Frage Janssens noch nicht beantworten,

warum in dem einen Falle sich hyperplastische Vorgänge in der Aponeurose mit dem Endresultat der Dupuytren'schen Contracturstellung, in dem andern Falle solche atrophischer Natur mit dem Ausgang einer Klauenhand ausbilden. Jedoch besteht sicherlich einmal die auffallende Tatsache, dass seit dieser Veröffentlichung Bieganskis sich die Beobachtungen von Fingercontractur combinirt mit Rückenmarkserkrankungen sehr mehrten. So erwähnt Oppenheim*) zwei Fälle von Gliosis des Rückenmarks mit unsern Leiden. Einen äusserst interessanten Fall stellte Martin Brasch in der Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten vor, wo bei dem Patienten im Anschluss an ein Trauma des Kopfes neurasthenische Beschwerden auftraten. Auch führte dieser Patient die vorhandene Dupuytren'sche Contractur auf dies Trauma zurück, was aber leicht ausgeschlossen werden konnte. Bei genauerer Untersuchung zeigte sich das typische Bild der spastischen Spinalparalyse. Ob multiple Sklerose sich hinter dem spastischen Symptomenkomplex verberge, war nicht sicher auszuschliessen. Jedoch, was für uns von Interesse ist, ist das, dass es sich im vorliegenden Falle um eine Rückenmarkserkrankung handelte. Auch Senator erwähnt zwei Fälle von Tabes mit gleichzeitiger Palmarfasciencontractur, von denen er den einen genauer beschrieben hat: Abgesehen von den typischen Tabessymptomen zeigten die beiden letzten Finger der linken Hand eine beträchtliche Flexionscontractur. An der rechten Hand waren die Veränderungen gleicher, aber geringer ausgesprochen. Senator jedoch glaubt

*) Vergl. auch Schlesinger, Die Syringomyelie II. Aufl. Franz Deutike 1902, S. 22.

die Dupuytren'sche Contractur in seinen Fällen als eine zufällige Komplikation betrachten zu dürfen, da man diese Erkrankung bei den verschiedensten andern Erkrankungen, auch bei völlig Gesunden finde, und ausserdem trophische Störungen speziell bei Tabes weit häufiger an den unteren Extremitäten auftreten. Ich glaube, dass, wenn man beim Studium der jüngsten Literatur so zahlreiche Veröffentlichungen von Rückenmarkserkrankungen combinirt mit Fingercontractur findet, man diese Komplikation nicht als Zufall bezeichnen darf. So erwähnt Caspari zwei Fälle, wo nach Rückenmarksverletzung sich neben nervösen Störungen eine Contractur der Aponeurose ausbildete. Testi führte 1904 auf dem Kongress zu Rom aus, er sei auf Grund sorgfältiger Untersuchung verschiedener Fälle zu der Überzeugung gekommen, dass die Palmarfasciencontractur mit Veränderungen im Rückenmark zusammenhänge, die als ein Vorgang von Hydro- und Syringomyelie aufzufassen seien. Er führte zum Beweis dafür Dissoziationen der Sensibilität und eine Reihe trophischer Störungen an. Der syringomyelitische Prozess trete eben verschieden auf, je nachdem grössere oder kleinere Teile lädirt seien, und je nach dem Sitze, der sich in diesen Fällen auf eine kleinere Partie trophischer Zentren beschränke. Neutra hat sich sehr intensiv mit diesen Fragen beschäftigt und auch seine dahingehenden Fälle genau beschrieben. Ein 46jähriger Schlosser zeigt ausser seiner symmetrischen Contractur der Hände Symptome von Syringomyelie des obern Brustmarkes, Halsmarkes und des untersten Abschnittes der Medulla oblongata sowie des Lendenmarks. Er bot Schwindel, Kopfschmerz, Parästhesieen im rechten Arm, nystagmusartige Zuck-

ungen, leichte Kyphoskoliose, geringe Muskelatrophie des linken Vorderarms und Thenar, rechts Andeutung von Fussklonus, Temperatur- und Schmerzempfindung besonders rechts herabgesetzt. Auch giebt Neutra uns noch eine genaue Beschreibung von zwei Fällen Dupuytren'scher Contractur bei Tabes resp. Tabes mit multipler Sklerose. In dem einen Falle fand er, abgesehen von den Symptomen der Rückenmarkserkrankung in der linken Hohlhand in Verlängerung des 4. Fingers entsprechend der Beugesehne desselben einen Strang, welcher insbesondere bei Streckung der Finger stark aus dem Niveau der Hohlhand hervortritt. Unmittelbar vor dem Metacarpophalangealgelenk des 4. Fingers im Verlaufe des Stranges befindet sich eine eingezogene Stelle von Linsengrösse. Rechterseits ist in der Hohlhand und am 3. Finger der Strang ausgebildet. An der linken Hand ist der Finger leicht im Metacarpophalangealgelenk gebeugt, das Interphalangealgelenk kann vollständig gestreckt werden. An der Volarseite der I. Phalange ist eine verdickte knotenartige Stelle zu fühlen. Der 4. Finger kann vollständig gebeugt, jedoch weder aktiv noch passiv gestreckt werden. Die Finger der rechten Hand werden normal gestreckt. Ausserdem führt Neutra noch einen Fall beginnender Tabes mit Dupuytren'scher Contractur im Anfangsstadium an. Da Neutra auch in seinen die andern angenommenen Ursachen wie uratische Diathese, Diabetes und Rheumatismus ausschliessen konnte, so hält er für seine Fälle die Dupuytren'sche Contractur als die Folge einer trophischen Störung durch die Tabes bedingt. Die Theorie von Leyden und Goldscheider über trophische Störungen im allgemeinen will Neutra auch auf die Contractur der

Palmaraponeurose angewandt wissen, wonach alsdann infolge der Unterbrechung der betreffenden Reflexbahnen im Rückenmark die Ernährungsregulation der Palmaraponeurose ausbleibt und zur Proliferation und Schrumpfung führt. Vielleicht konnte, wie Neutra ausführt, die Unterbrechung der Reflexbahn auch in den peripheren Nerven stattfinden, sodass man unter diese Rubrik auch den von mir oben angegebenen Fall von Polyneuritis unterbringen kann. Wenn aber Neutra schliesslich die Ansicht vertritt, dass die Dupuytren'sche Contractur das Erühsymptom einer Rückenmarksverletzung sei, so ist er mit dieser Behauptung entschieden zu weit gegangen.

Wenn ich nun auf Grund dieser littararischen Studien und meiner beiden Krankengeschichten einen Schluss ziehen soll, so halte ich dafür, dass es eine einheitliche Ätiologie der Dupuytren'schen Contractur nicht gibt. Ich glaube, dass man für die einzelnen Fälle je nachdem mechanische Ursachen aller Art, infektiöse, toxische und andere Neurititiden und spinale Erkrankungen als ätiologisches Moment mit Recht annehmen muss. Wie Neutra für seine Fälle alles bis auf die Rückenmarkserkrankungen ausschalten konnte, so konnten andere Autoren alle ursächlichen Momente bis auf Gicht oder Diabetes oder mechanischen Druck etc. ausschliessen. —

Die Tatsache, dass die Dupuytren'sche Contractur eine einheitliche Ätiologie nicht haben kann, wird im Augenblick verständlich, wenn man diese Contractur nicht als Krankheit sui generis betrachtet, sondern als Symptom ebenso wie z. B. eine beliebige Contractur einer Extremität

niemals eine Krankheit sui generis ist, sondern ein Symptom, ein Folgezustand eines peripheren, neuritischen, spinalen oder cerebralen Leidens. In den meisten Fällen von Dupuytren'scher Contractur wird es sich nicht um die prognostisch ernsteren spinalen Erkrankungen (Tabes, Syringomyelie, Paralyse) handeln, sondern um periphere oder neuritische Zustände mehr harmloser Natur. Immerhin wird der Umstand, dass die Dupuytren'sche Contractur auch einmal der Vorbote eines sehr ernsten spinalen Leidens sein kann (Schlesinger u. A.) im Einzelfall zu einer genauen neurologischen Gesamtuntersuchung des betreffenden Kranken auffordern. Will man die Dupuytren'sche Contractur ihrer jeweiligen Pathogenese nnd Ätiologie entsprechend näher charakterisiren, so kann man von einer peripheren (traumatischen etc.), neuritischen (im weitesten Sinne, also auch wenn der Nerv durch ein Trauma verletzt ist) oder spinalen Dupuytrenschen Contractur sprechen, wozu dann noch, mehr als lusus naturae, die hereditäre Form derselben käme, falls die entsprechenden, so gedeuteten Fälle einer strengen Kritik standhalten. Die Einzelheiten für das Zustandekommen der Contractur ob „trophische", „vasomotorische" Einflüsse, Ernährungsstörungen und Disposition der Palmarfascie und ähnliche Vorgänge die Hauptrolle spielen, oder ob die Verdickung der Fascie etwas rein Sekundäres ist, dieses wird allerdings bis auf weiteres dunkel bleiben, wie auch sonst vieles in der Nerven-Pathologie.

Zum Schlusse sei es mir gestattet, Herrn Prof. Dr. Rieger für die gütige Überlassung der Arbeit und der beiden Krankengeschichten meinen ergebensten Dank auszusprechen, sowie seinem ersten Assistenzarzt Herrn Dr. Reichardt für die freundlichst geleistete Unterstützung bei der Anfertigung der Arbeit.

Litteratur.

1. Kisgen, Über Dupuytren'sche Fingercontractur etc. Dissertat. Würzburg 1889.
2. Rosch, Über Dupuytren'sche Fingercontractur. Dissertation Strassburg 1891.
3. *Dupuytren, Leçons orales de clinique chirurgicale, Paris 1832.
4. Ärztliche Sachverständigen-Zeitung 1901, S. 322.
5. Ledderhose, Zur Pathologie der Aponeurose des Fusses und der Hand. Langenbecks Archiv, Bd. V, Heft 3.
6. Janssen, Archiv für klin. Chirurgie 1902. XXXIV.
7. Schäffer, Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin 1902, Heft 2.
8. Vogt, Deutsche Chirurgie 1881, Lieferung 64.
9. Noble Smith, Dupuytren's contraction. The Lancet 1884.
10. Neutra, Wiener klin. Wochenschrift 1901, 1903.
11. König, Lehrbuch der Chirurgie 1900.
12. Münchener Med. Wochenschrift 1902, pag. 232, 1904, pag. 676.
13. Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie 1900.
14. Deutsche Mediz. Wochenschrift 1895. 11. II.
15. Schmidt, Über Dupuytren'sche Palmarfasciencontractur, Diss. Würzburg 1889.

*) Dies Buch war mir im Original nicht zugänglich.

Lebenslauf.

Ich, Isidor Löwensberg, preussischer Staatsangehörigkeit, bin geboren am 29. Januar 1882 zu Igstadt, Regierungsbezirk Wiesbaden, als Sohn des verstorbenen Kaufmanns David Löwensberg in Montabaur. Nach Besuch der Volksschule und des Kaiser Wilhelm-Gymnasiums zu Montabaur erwarb ich mir am 13. März 1901 das Reifezeugnis und bezog April 1901 die Universität zu Würzburg. Nachdem ich in Würzburg am Schluss des Winter-Semesters 1902/03 die ärztliche Vorprüfung gemacht und vom 1. April bis 1. Oktober 1903 meiner Dienstzeit mit der Waffe genügt hatte, bezog ich auf zwei Semester die Universität Berlin, um dann Winter-Semester 1904/05 nach Würzburg zurückzukehren. Der ärztlichen Staatsprüfung unterzog ich mich in Würzburg. Vorstehende Dissertation habe ich unter Leitung des Herrn Professor Dr. Rieger verfasst.